



HISTORIA MÉDICA

Les rogamos que cumplimenten los datos de su hijo/a para así poder realizar los controles sanitarios con el conocimiento de su estado de salud. Han de adjuntar fotocopia de cartilla de vacunación.

DATOS DEL ALUMNO/A:

Nombre:

Apellidos:

Fecha de nacimiento:

Curso al que se incorpora:

DATOS FAMILIARES:

- Nombre y Apellidos del padre:

Fecha nacimiento:

Tfno. Fijo/móvil:

- Nombre y apellidos de la madre:

Fecha nacimiento:

Tfno. Fijo/Móvil:

- Nº hermanos/as: Fechas de nacimiento:

E-mail de contacto:

COMUNICACIÓN DE INTOLERANCIAS Y/O ALERGIAS

- Presenta actualmente **intolerancias y/o alergias alimentarias**: NO SÍ

En caso afirmativo, especifique claramente si es alergia o intolerancia y a qué o cuales alimentos:

-
- Presenta actualmente las siguientes **intolerancias y/o alergias a fármacos**: NO SÍ

Antibióticos: cual / cuales

Analgésicos/antiinflamatorios cual/cuales

Otros: especifique:

- Presenta actualmente intolerancias y/o alergias a otros alérgenos: NO SÍ

Látex: Ácaros: Gramíneas: Pelos animales: Picaduras insecto:

Otros:

ES IMPRESCINDIBLE ADJUNTAR FOTOCOPIA DEL ÚLTIMO INFORME MÉDICO QUE ACREDITE LAS INTOLERANCIAS O ALERGIAS.

IMPORTANTÍSIMO QUE NOS COMUNIQUEN CUALQUIER INFORMACIÓN O MODIFICACIÓN RESPECTO A LAS ALERGIAS Y/O INTOLERANCIAS PARA PODER MODIFICAR SU HISTORIA.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Padre:

Madre:

Hermanos:

Enfermedades que se hayan repetido en alguna de las familias:

ANTECEDENTES DEL ALUMNO

- Embarazo: desarrollo y duración del mismo en semanas:
- Parto: normal/cesárea/otra y motivo de la misma:

Peso:

Talla:

Perímetro Cefálico:

APGAR:

Puerperio:

Lactancia natural/artificial duración:

Neonatología:

Desarrollo psicomotor

- Intervenciones quirúrgicas (indique fecha y de qué):
- Enfermedades padecidas:
- Nutrición/alimentación:
- Dermatología:
- Enfermedades infecciosas:
- Otorrino (garganta, nariz, oídos)
- Aparato Cardiovascular:
- Aparato Respiratorio:
- Aparato digestivo:
- Aparato Génito-urinario:
- Sistema nervioso (crisis convulsivas, apneas del llanto, etc.):
- Aparato locomotor:
- Visión/audición:

¿EN LA ACTUALIDAD PADECE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA?

SÍ

NO

En caso afirmativo indique cuál o cuáles:

Fecha y Firma del padre y de la madre o tutor/a: con DNI de cada uno

En cumplimiento de la normativa de protección de datos, en concreto del Reglamento General de Protección de Datos 2016/679 y su normativa de desarrollo, le informamos que los datos que nos facilite están o serán incorporados a una base de datos de nuestra responsabilidad. Scuola Materna Italiana de Madrid tratará sus datos, información y documentación adjunta únicamente en el marco de relación profesional o comercial que nos une con la más estricta confidencialidad, adoptando para ello las medidas técnicas y organizativas necesarias para evitar la pérdida, mal uso, alteración y/o acceso no autorizado. Ud. podrá consultar la información detallada del tratamiento de sus datos en nuestra política de privacidad en www.scuolamaternaitalianamadrid.com Ud podrá ejercitar sus Derechos en el Canal de Protección de Datos de www.corporate-ethicline.com/scuola-materna-italiana.

